

Die aktuelle Sonntagssprechstunde

Die instabile Schulter Von Prof. Dr. med. Klaus Fritsch

Beschwerden des Schultergelenks sind ein weit verbreitetes Problem. Prof. Dr. Klaus Fritsch, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, der sich u.a. auf Schulteroperationen spezialisiert hat, beantwortet Fragen zur instabilen Schulter.

Was ist ein luxiertes Schultergelenk?

Das große Schultergelenk (Glenohumeralgelenk) hat einen Balanceakt zu bewältigen zwischen großer Beweglichkeit und Instabilität. Der relativ große Oberarmkopf wird durch Kapsel, Bänder und das Labrum in der relativ kleinen Pfanne stabilisiert. Das Labrum ist ein Faserknorpelring, der zirkulär um die Pfanne zieht und an dem Kapsel und Bänder befestigt sind. Das Labrum kann mit dem Meniskus des Kniegelenks verglichen werden. Bei einem Sturz kann es zu einer „ausgekugelten“ Schulter kommen. Dabei springt der Oberarmkopf aus der Pfanne, meistens (zu mehr als 90 Prozent) nach vorne, seltener nach unten oder hinten. Es zerrei-

ßen dabei meistens die unteren Bänder und das Labrum, seltener kommt es dabei auch zu knöchernen Verletzungen. Die Häufigkeit der verletzungsbedingten Schulterluxation ist elf pro 100.000 Einwohner/Jahr, bei Sportlern jedoch deutlich höher: 169 pro 100.000 Sportler/Jahr. Bei der ersten Luxation ist häufig eine Kurznarkose notwendig, um das Schultergelenk wieder einzurenken. Die Wahrscheinlichkeit, dass es zu erneuten Luxationen (Rezidiv) kommt, ist abhängig vom Alter des Patienten bei der ersten Luxation und von der sportlichen und beruflichen Tätigkeit. Beim 20-jährigen Sportsportler ist die Wahrscheinlichkeit weiterer Luxationen bei über 90 Prozent. Mit zunehmendem Alter nimmt die Wahrscheinlichkeit einer wiederholten Luxation ab. Allerdings ist ab dem 40. Lebensjahr die Wahrscheinlichkeit hoch, dass es bei der Luxation zu einem Rotatorenriss in der Schulter kommt.

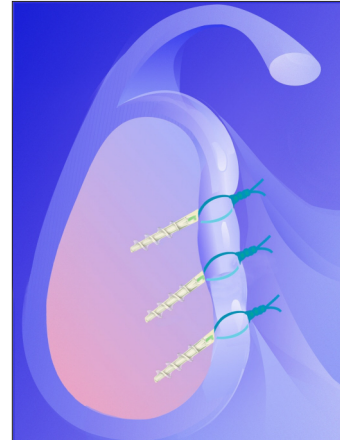
Wie ist die Therapie?

Die einzige Möglichkeit, das Risi-

ko eines Rezidivs zu verringern, ist ein operatives Vorgehen. Krankengymnastische Stabilisierung, Muskelaufbau oder längere Ruhigstellung haben keine Aussicht auf Erfolg. Operativ wird meist über eine Gelenkspiegelung eine Rekonstruktion des vorderen/unteren Labrum-Kapsel-Band-Komplexes durchgeführt. Dazu werden zum Beispiel kleine resorbierbare Schrauben in den vorderen Pfannenrand eingebracht und damit die gerissenen Strukturen stabilisiert. Nach der Operation wird die Schulter in einem Verband einige Wochen eingeschränkt ruhiggestellt. Sportsportarten sind erst nach sechs Monaten möglich. Jüngeren Sportlern wird man frühzeitig zu einer Operation raten, um erneute Luxationen zu vermeiden. Es besteht sonst die Gefahr, dass es zu anhaltender Instabilität kommt, zu Nervenverletzungen und zu frühzeitiger Arthrose im Schultergelenk.

Führen immer Verletzungen zur instabilen Schulter?

Auch bei Bindegewebsschwäche



kann es zur Instabilität des großen Schultergelenks kommen, meist in mehreren Richtungen. Man spricht dann von multidirektionaler Instabilität. Die Patienten haben meist auch andere überstreckbare Gelenke, z.B. überstreckbaren Ellbogen, überstreckbares Knie. Oft kann der Patient die Schulterinstabilität spontan demonstrieren. Die Therapie der multidirektionalen Schulterinstabilität ist in den meisten Fällen nichtoperativ mit Muskelaufbau.

Falls dadurch keine zufriedenstellende Stabilisierung gelingt, kann eine arthroskopische Raffung der unteren Kapsel mit den unteren Bändern durchgeführt werden.

Was ist das instabile Schultergelenk?

Instabilitäten des Schultergelenks entstehen meist durch direkten Sturz auf die Schulter. Das Schultergelenk ist das Gelenk zwischen dem seitlichen Schlüsselbeinende und der Schulterhöhe. Es wird durch zwei Bänder stabilisiert. Reißt nur ein Band, steht das seitliche Schlüsselbeinende geringfügig höher, reißen beide Bänder, so steht das Schlüsselbein deutlich höher. Beim Riss eines Bandes wird nichtoperativ vorgegangen. Die Schulter wird schmerzabhängig nur kurzzeitig ruhiggestellt. Sind beide Bänder gerissen, wird meistens operativ stabilisiert. Es gibt dazu inzwischen arthroskopische Verfahren, bei denen in Schlüsselochtechnik stabilisiert wird.

Weitere Informationen unter www.oc-bayreuth.de



Prof. Dr. Klaus Fritsch

Mitglied im Ärztenetzwerk



Mein Gesundheitsnetzwerk

www.mein-gesundheitsnetzwerk.de